Προσυμπτωματικός έλεγχος (screening) για τον καρκίνο του προστάτη

Α. ΓΚΙΑΦΗΣ, Κ. ΨΥΛΛΙΑΣ
Ουρολογική Κλινική Γ.Ν. Αγρινίου

Εισαγωγή

Ο καρκίνος του προστάτη αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας στις ΗΠΑ και την Ευρώπη. Χαρακτηριστικά, στις ΗΠΑ υπολογίστηκαν 220.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου προστάτη και 30.000 θάνατοι το 2003[1]. Η γήρανση του πληθυσμού σε συνδυασμό με την ευρεία χρήση βελτιωμένων διαγνωστικών εξετάσεων, όπως το PSA, έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των ανδρών που διαγιγνώσκονται με καρκίνο προστάτη, ιδιαίτερα σε μικρότερα στάδια. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος, που έχει ως σκοπό να ανακαλύψει τον εντοπισμένο προστατικό καρκίνο, έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον των ουρολόγων και αρκετή συζήτηση για το κατά πόσο βελτιώνει την υγεία των ανδρών. Προς το παρόν, δυο μεγάλης κλίμακας τυχαιοποιημένες μελέτες screening διενεργούνται σε Ευρώπη (the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer: ERSPC) και ΗΠΑ (Prostate, Lung, Colorectal and Ovary cancer: PLCO) για να εκτιμήσουν κατά πόσο ο προσυμπτωματικός έλεγχος μπορεί να μειώσει την ειδική για τη νόσο θνητότητα.

Κριτήρια για την καθιέρωση προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου

Προκειμένου να καθιερωθεί προσυμπτωματικός έλεγχος στο γενικό πληθυσμό για μια νόσο πρέπει να ικανοποιούνται κάποια κριτήρια[2]. Τα πιο σημαντικά κριτήρια είναι τα εξής:

1. Η νόσος πρέπει να αποτελεί σημαντικό πρόβλημα υγείας: Αυτό ισχύει ως γνωστόν για τον καρκίνο του προστάτη, ειδικά στις δυτικές κοινωνίες[1].
2. Η εφαρμοζόμενη θεραπεία σε προκλινικό στάδιο πρέπει να είναι πιο επιτυχής σε σχέση με τη θεραπεία που εφαρμόζεται στην κλινική νόσο: Αυτό προς το παρόν παραμένει αδιευκρίνιστο για το εν λόγω νεόπλασμα.
3. Πρέπει να υπάρχει μια αποδεκτή εξέταση για το screening της νόσου: Ενώ το PSA, η δακτυλική εξέταση και η βιοψία με TRUS είναι απαραίτητα για τη διάγνωση και σταδιοποίηση της νόσου, είναι σήμερα αποδεκτό ότι το screening πρέπει να γίνεται με τη χρήση του PSA μόνο[3].
4. Η φυσική ιστορία της νόσου πρέπει να είναι γνωστή: Αυτό ισχύει σε κάποιο βαθμό για τον καρκίνο του προστάτη. Γενικά πιστεύεται ότι ένας ασθενής ωφελείται από τη ριζική θεραπεία όταν έχει προσδόκιμο επιβίωσης πάνω από δέκα χρόνια[4].

Επίδραση του ελέγχου του PSA στη θνητότητα του προστατικού καρκίνου

Με την έλευση του PSA παρατηρήθηκε στις ΗΠΑ αύξηση της επίπτωσης της νόσου. Γύρω στο 1996 άρχισε να παρατηρείται μια μικρή αλλά σταθερή μείωση της θνητότητας από τον καρκίνο του προστάτη, η οποία αποδόθηκε αφενός στη χρήση του PSA ως εργαλείο screening και αφετέρου στην έγκαιρη επιθετική αντιμετώπιση. Παρόλα αυτά, παρόμοια μείωση της θνητότητας παρατηρήθηκε και στην Αγγλία, όπου δεν εφαρμόζονταν πολιτικές screening. Από τη σύγκριση αυτή προκύπτει ότι πιθανόν και κάποιοι άλλοι παράγοντες (περιβαλλοντικοί, διαιτητικοί, κ.ά.) να εμπλέκονται σε αυτή τη μείωση της θνητότητας[5].

Κλινικές μελέτες προσυμπτωματικού ελέγχου

Τα αποτελέσματα των περισσότερων μελετών που έχουν διενεργηθεί ως σήμερα για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του προστάτη καταδεικνύουν την ωφέλεια αυτού, αλλά έχουν βασιστεί σε μικρό αριθμό ατόμων. Για το λόγο αυτό, έχουν σχεδιαστεί και βρίσκονται σε εξέλιξη δυο μεγάλες τυχαιοποιημένες μελέτες, που σκοπό έχουν να εξακριβώσουν αν η εφαρμογή του screening στον καρκίνο του προστάτη με τη μέτρηση του PSA οδηγεί σε μείωση της θνητότητας εξαιτίας της νόσου. Πρόκειται, όπως προαναφέρθηκε, για την Ευρωπαϊκή ERSPC (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer) και την Αμερικάνικη PLCO (Prostate, Lung, Colorectal and Ovary cancer). Τα πρώτα αποτελέσματα αυτών των μελετών αναμένονται το 2008. Ειδικότερα, η ERSPC ξεκίνησε το 1994, διεξάγεται σε 8 ευρωπαϊκές χώρες (Βέλγιο, Φινλανδία, Γαλλία, Ιταλία, Ολλανδία, Ισπανία, Σουηδία και Ελβετία) και περιλαμβάνει πάνω από 250.000 άνδρες. Οι άνδρες αυτοί τυχαιοποιήθηκαν σε δυο ομάδες. Στην ομάδα που υποβάλλονται σε screening, ο έλεγχος γίνεται κάθε 2-4 χρόνια και ο καρκίνος αντιμετωπίζεται αμέσως μόλις διαγιγνώσκεται. Στην ομάδα ελέγχου δε γίνεται προσυμπτωματικός έλεγχος. Και στις δυο ομάδες μελετάται η θνητότητα και η αιτία θανάτου. Η ERSPC έχει σχεδιαστεί με σκοπό να αποδειχτεί μείωση κατά 25% στη θνητότητα λόγω του screening, με στατιστική ισχύ 80-90%. Στο μέλλον σχεδιάζεται κοινή ανάλυση της Ευρωπαϊκής με την Αμερικανική μελέτη[6,7,8].

Πρακτικές ελέγχου του PSA σήμερα

Η Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου και η Αμερικανική Ουρολογική Εταιρεία συστήνουν έλεγχο του PSA μετά την ηλικία των 50 μια φορά το χρόνο. Επίσης, η πρώτη συστήνει να μην ελέγχεται το PSA στους ηλικιωμένους άνδρες άνω των 75 ετών[9].

Στο Ηνωμένο Βασίλειο οι απόψεις ποικίλουν. Κάποιοι συστήνουν την εφαρμογή του screening στο γενικό πληθυσμό, ενώ άλλοι αμφισβητούν το πιθανό όφελος αυτού και περιμένουν τα αποτελέσματα των τυχαιοποιημένων μελετών. Το έτος 2000 δόθηκαν επιπλέον οδηγίες, οι οποίες επέτρεπαν σε όσους άνδρες ήθελαν να ελέγξουν το PSA, να το κάνουν, με την προϋπόθεση ότι θα ενημερωθούν για τις αβεβαιότητες που υπάρχουν όσον αφορά στη διάγνωση και στη θεραπεία του καρκίνου του προστάτη[10].

Όσον αφορά τέλος στις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής Εταιρείας, επισημαίνεται ότι προς το παρόν δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να συνηγορούν υπέρ ή κατά της υιοθέτησης προγραμμάτων screening για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη σε όλους τους άνδρες ενός δεδομένου πληθυσμού[11].

Συμπεράσματα

Η αξία της προσυμπτωματικής διάγνωσης και θεραπείας του κλινικά εντοπισμένου καρκίνου προστάτη παραμένει υπό διερεύνηση. Τα αποτελέσματα των μεγάλων τυχαιοποιημένων μελετών που διενεργούνται σε ΗΠΑ και Ευρώπη αναμένονται με εξαιρετικό ενδιαφέρον.

Βιβλιογραφία

1. Jemal A, Murray, T, Samuels A et al. Cancer Statistics, 2003. CA Cancer J Clin 2003; 53:5-26.
2. Wilson MG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva, World Health Organization, 1968.
3. Schroder Fh, van der Maas P et al. Evaluation of the digital rectal examination as a screening test for prostate cancer. Rotterdam section of the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer. J Nat Cancer Inst 1998; 90:1817-23.
4. Johanson JE, Adami HO, Andersson SO et al. Natural history of prostate cancer: A population based study of 223 untreated patients. Lancet 1989; 1:799-803.
5. Oliver SE, Gunnell D, Donovan JL. Comparison of trends in prostate-cancer mortality in England and Wales and the USA. Lancet 2000; 355:1788-9.
6. Prorok PC, Andriole GL, Bresalier RS et al. Design of the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) cancer screening trial. Control Clin Trials 2000; 21:273-309.
7. de Koning HJ, Auvinene A, Berenguer A et al. Large-scale randomized prostate cancer screening trials: program performances in the European Randomized Screening for Prostate Cancer trial and the Prostate, Lung, Colorectal and Ovary cancer trial. Int J Cancer 2002; 97:237-44.
8. Schroder FH, Denis LJ, Roobol M, all participants of the ERCPC. The story of the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer. BJU Int 2003; 92:1-13.
9. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2003. CA Cancer J Clin 2003; 53:27-43.
10. Milbum A, 2000; http://www.doh.gov.uk.
11. Aus G, Abbou CC, Bolla M et al. EAU guidelines on prostate cancer. Eur Urol 2005; 48:546-51.